

Laisser libre, pour usage interne
Reçu le :
Octroyé dès le :
Contrôle commune <input type="checkbox"/> Procès-verbal <input type="checkbox"/>
Spitex <input type="checkbox"/> Scan <input type="checkbox"/> Liste <input type="checkbox"/>
Remarques :

Indemnité forfaitaire pour l'aide et les soins à domicile

DEMANDE D'OCTROI

Dossier N°

1. PERSONNE IMPOTENTE :

Nom: Prénom:

Date de naissance: Etat civil: Sexe: W M

Rue et no : Code postale et localité:

 : E-Mail:

Domicil légal à cette adresse depuis le :

Domicile principal et fiscal dans le canton de Fribourg depuis le :

2. ACTUELLEMENT BENEFICIAIRE

- d'un service infirmier oui non
- d'un service d'aide familiale oui non
- d'autres services oui non

1. PERSONNE AIDANTE :

Nom: Prénom:

Date de naissance: Etat civil: Sexe: W M

Rue et no : Code postale et localité:

 : E-Mail:

Nationalité : N° AVS :

Pour les étrangers, permis :
(à remettre : copie du permis)

Parents ou alliés (liens de parenté):

ou
Proches (lien durable d'affection et de solidarité):

4. OBSERVATIONS:

.....

.....

.....

.....

Le présent formulaire est à envoyer à :

**La Commission du district du Lac
pour l'aide et les soins à domicile
Rue de l'hôpital
3280 Morat**

Il s'en suivra une évaluation faite par le service Spitex compétent et une décision de la Commission de district.

En cas d'octroi d'une indemnité forfaitaire à la personne aidante, il sera compté un délai d'attente de 60 jours à partir de la date du dépôt de la demande auprès de la Commission de district.

Le montant de l'indemnité forfaitaire est fixé en fonction du degré de l'aide apportée à la personne impotente :

degré d'aide léger:	pas d'indemnités
degré d'aide moyen:	Fr. 15.-
degré d'aide importante:	Fr. 20.-
degré d'aide très important:	Fr. 25.-

La personne impotente soussignée autorise, le cas échéant, la Commission de district à prendre les renseignements nécessaires sur son compte auprès des instances compétentes (autorité communale, service Spitex....).

Les personnes soussignées ont pris connaissance des points ci-dessus et en acceptent toutes les conditions sans restriction.

Lieu : **Date :**

Signature personne impotente :

Signature personne aidante :